Lane Medical Library

CLINIQUE OTO-LARYNGOLOGIQUE
DE L'UNIVERSITÉ DE BÂLE

DIRECTEUR : Professeur Dr F. SIEBENMANN

TROIS CAS

DE

TUMEURS MIXTES DE LA RÉGION PALATINE

THÈSE DE DOCTORAT

Présentée à la Faculté de Médecine de Bâle

PAR

Robert RAACH, de Lausanne

CORBEIL
IMPRIMERIE CRÉTÉ

1912

M. LE PROFESSEUR Dr F. SIEBENMANN

Hommage respectueux

TROIS CAS DE TUMEURS MIXTES DE LA RÉGION PALATINE.

Les tumeurs encapsulées situées sous la muqueuse de la voûte palatine ou entre les feuillets muqueux du voile, forment un groupe de tumeurs bien caractérisées au point de vue clinique.

Mais leur aspect histologique, très variable, a donné lieu à des interprétations diverses. Les auteurs qui nous en ont donné des descriptions, les appellent tantôt fibromes, myxomes, chondromes, sarcomes, etc., suivant le tissu qui prédomine, tantôt endothéliomes ou enfin adénomes et adénocarcinomes.

La complexité des tissus qui entrent dans la composition des tumeurs mixtes de la région palatine est généralement un peu moins grande que celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires; mais toutes ces tumeurs présentent des caractères communs, établissant entre elles des liens de parenté.

Les opinions sur l'histologie et l'histogénie des tumeurs mixtes des glandes salivaires et de la région palatine ont varié dans leurs traits essentiels. Malgré la richesse de la littérature dont ces tumeurs ont fait l'objet, bien des questions attendent encore une solution définitive.

Pour les premiers auteurs qui se sont occupés de ce sujet, les tumeurs encapsulées de la région palatine étaient des hypertrophies glandulaires ou des adénomes. (Michon, Nélaton Parmentier, Jules Rouyer, Fano, 1857, etc.). Desprès et Coyne citèrent des cas dans lesquels l'hypertrophie glandulaire était effacée par la prédominance sarcomateuse du stroma. Barrière, de même considéra ces tumeurs comme des sarcomes. Puis on en revint aux épithéliomes avec Fonnégra.

On reconnaissait déjà la complexité très grande des tumeurs mixtes de la région palatine lorsque Stephen Paget, après avoir remarqué l'identité presque absolue qui existait entre ces tumeurs et les tumeurs bénignes de la parotide, contesta leur classement dans les hypertrophies glandulaires simples et dans les tumeurs qui résultent de la prolifération d'un seul tissu. Il en fit des tumeurs à structure variable et compliquée.

Pérochaud qui fit paraître en 1883 une thèse sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires, attribua un rôle également important dans leur évolution, à deux éléments, l'un de nature conjonctive, l'autre de nature épithéliale. Selon la prédominance de l'un ou de l'autre tissu, la tumeur mixte au début peut dans les cas extrêmes ne plus être que de nature conjonctive, ou présenter l'aspect d'une néoplasie épithéliale maligne.

De Laraberie arriva aux mêmes conclusions dans l'étude qu'il fit des tumeurs mixtes des glandules salivaires de la muqueuse buccale. Ces tumeurs sont pour cet auteur, non des adénomes, mais des *épithéliomes à trame variable*. Deux éléments entrent dans leur composition: des masses épithéliales et une trame conjonctive. Les premières sont ou irrégulières de formes, ou plus ou moins semblables à des tubes glandulaires normaux. Elles se présentent comme des amas à aspect d'épithélioma diffus, ou bien on constate un envahissement fibreux qui circonscrit des noyaux épithéliaux ou de simples traînées cellulaires en chapelet. L'aspect des masses épithéliales peut être encore modifié par la dégénérescence muqueuse et colloïde des cellules. La forme adénomateuse se voit plus rarement : culs-de-sac tapissés de cellules ayant subi la dégénérescence muqueuse. La dégénérescence est plus ou moins avancée ; elle peut faire disparaître toutes les cellules d'un acinus pour ne laisser à la place de celui-ci qu'un espace clair, arrondi. L'épithélium forme encore des masses régulières, arrondies, circonscrites par un anneau fibreux ou cartilagineux, masses que de Laraberie considère comme des tubes glandulaires remplis d'épithélium altéré ou non par la dégénérescence muqueuse. Les cellules épithéliales sont très modifiées et très variables, tantôt aplaties, amincies, leurs extrémités

s'allongent, leurs noyaux restent seuls visibles et elles se confondent avec les cellules de la trame.

La trame présente toutes les formes du tissu conjonctif, tissus fibreux, myxomateux, cartilagineux, réunis ou isolés. Le tissu fibreux revêt sa forme embryonnaire ou se compose de cellules fusiformes rappelant le sarcome fasciculé; ou bien il est constitué par du tissu fibreux dense adulte. Le tissu myxomateux est quelquefois seul représenté. Le cartilage est hyalin ou réticulé. Enfin la dégénérescence de la trame peut transformer celle-ci en une substance hyaline, amorphe, au sein de laquelle se forment des lacunes et des kystes. L'épithélium cède la plupart du temps, du terrain à l'envahissement conjonctif. Le tissu de la trame prolifère activement, s'infiltre entre les masses cellulaires, les écrase et prend leur place.

L'épithélium à trame variable fut accepté sans contradiction, en France. Parmi les auteurs qui ont défendu les idées de Laraberie on peut citer Defontaine, Collet, Malassez, Berger, etc.

En Allemagne, les examens anatomiques et histologiques correspondaient aux observations françaises, mais donnèrent lieu à des interprétations différentes.

Billroth déjà faisait des tumeurs des glandes salivaires et de la région palatine des tumeurs conjonctives. Kolaczek vit leur origine dans les vaisseaux capillaires, surtout les capillaires sanguins, confirmant ainsi l'opinion émise avant lui par Sattler et Ewetzky à propos du cylindromé. Il fit de ces tumeurs des angiosarcomes. Ses conclusions furent cependant combattues comme trop absolues par Ackermann, Klebs, Franke, Volkmann.

Kaufmann aussi rejeta l'origine glandulaire de ces tumeurs qu'il classa parmi les sarcomes alvéolaires plexiformes. Puis Nasse soutint énergiquement l'origine conjonctive des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Il en fit une famille qui devait renfermer l'angiosarcome, le cylindrome, l'endothéliome. Eisenmenger, en 1894, décrivit encore cinq tumeurs, mixtes de la région palatine, tumeurs qu'il considéra comme des sarcomes plexiformes.

Max Hofmann fut à peu près seul à partager les opinions des auteurs français. Il pensait que les tumeurs mixtes palatines prenaient naissance dans les petites glandes qui se trouvent dans la sous-muqueuse de la voûte et qui ont des fonctions salivaires.

Mais le travail de beaucoup le plus important en ces matières fut celui de Volkmann dont l'étude porta sur 138 observations de tumeurs différentes du palais et des glandes salivaires. D'après cet auteur, il faut établir la classification des tumeurs mixtes en prenant comme principe l'étude de leur développement histogénétique. L'apparence extérieure des cellules et leur arrangement réciproque peuvent faire croire à la nature épithéliale de celles-ci, mais on démontre par des coupes en séries, qu'elles dérivent des cellules plates de l'endothélium des fentes lymphatiques du tissu conjonctif fibrillaire.

Les travaux de Volkmann ont fait loi en Allemagne pendant très longtemps; ils ont servi de point d'appui à presque toutes les publications qui traitaient de cette espèce de tumeurs : Küttner, Cordes, Steinhaus, Looser, etc. Dans des temps plus récents cependant, les partisans de l'origine épithéliale de certaines parties, tout au moins, de ces tumeurs, tendent à devenir de plus en plus nombreux.

Landsteiner, Ribbert, Ehrich, Fick, d'autres encore, ont démontré d'une façon indubitable la présence de vrai épithélium dans quelques tumeurs mixtes des glandes buccales. Hinsberg et Wilms qui ont remarqué les mêmes formes épithéliales, attribuent à cette catégorie de tumeurs une origine embryonnaire.

Les tumeurs mixtes de la région palatine ne sont pas communes. Comme on vient de le voir par le court aperçu historique qui précède, la structure histologique de ces néoplasmes est encore très discutée. Leur classification n'a pu se faire encore de façon définitive.

Il y a donc un intérêt particulier à publier de nouvelles observations. Les trois cas qui suivent se rapportent à des tumeurs différentes en apparence les unes des autres. Elles offrent cependant certains caractères communs qui les relient

entre elles et qui semblent confirmer l'opinion émise par les derniers auteurs mentionnés, au sujet de la nature épithéliale d'une partie de leur parenchyme et au sujet de leur développement aux dépens de germes fœtaux.

Ces trois cas ont été observés à la clinique oto-laryngologique de Bâle par M. le Professeur Siebenmann qui a bien voulu nous permettre d'en faire l'objet de ce travail.

Observation I. — W. E..., agé de 49 ans, fabricant de cigares, entre à la clinique de Bâle le 8 juin 1903.

Le malade a remarqué il y a environ 6 mois une tuméfaction de la moitié gauche du palais qui a augmenté lentement de volume en s'étendant surtout vers le côté droit.

La tumeur n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. Il n'y a pas eu d'amaigrissement. Un médecin consulté au moment où le patient s'est aperçu de la présence de cette tumeur, fit une incision accompagnée d'une hémorragie insignifiante.

Plus tard un autre médecin put suivre le cas pendant 8 semaines. Il ne remarqua aucun agrandissemeut du néoplasme.

Le malade ressent de la gêne à la déglutition et lorsqu'il parle. La voix n'a pas subi d'altération.

État actuel. — Il s'agit d'un homme de petite taille, d'apparence délicate et de teint pâle. Pouls régulier, légèrement dépressible. Température normale.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. Bonne réaction pupillaire. On ne remarque aucune anomalie sur le corps du malade, sauf l'existence de quelques noyaux hémorrhoïdaux.

Les oreilles et le nez ne présentent rien d'anormal.

On constate dans la partie antérieure du palais mou à gauche et dépassant en un point la ligne médiane, la présencc d'une tumeur ayant environ les dimensions d'une prune. Elle n'est pas sensible à la pression. La surface en est lisse avec quelques bosselures. Sa consistance est dure. Il n'y a pas de ganglions lymphatiques engorgés. La muqueuse n'est pas adhérente à la tumeur sauf à la place où fut faite l'incision mentionnée dans l'anamnèse.

Opération. — Le malade est opéré le 9 juin 1903 par le professeur Siebenmann.

On donne quelques grammes d'éther, on fait une injection de nirvanine à la périphérie de la tumeur et on en badigeonne la surface avec un mélange de cocaïne et d'adrénaline.

L'opérateur incise en arc de cercle suivant la circonférence anté-

rieure et médiane ; il saisit la tumeur avec une forte pince, et procède avec facilité à son énucléation.

La muqueuse reste partout intacte. Deux points de suture à la soie suffisent à la fermeture de la plaie.

Le 12 juin on enlève les fils et le malade quitte l'hôpital guéri Pas de récidive depuis bientôt 9 ans.

Examen anatomique :

La tumeur a le volume d'un œuf de moineau, ses dimensions sont de 23 millimètres de longueur, sur 16 millimètres de hauteur et de largeur. Elle est ovoïde, à surface irrégulièrement lobulée. Certains lobes font saillie et présentent une lobulation secondaire. L'aspect en devient mamelonné, muriforme. La consistance est dure. La tumeur est enveloppée d'une capsule continue à laquelle adhèrent encore quelques lambeaux de tissu avoisinant.

Sur une coupe longitudinale, passant par le centre de la tumeur on retrouve l'aspect lobulé mais moins nettement indiqué. La surface de coupe présente une coloration gris rose sauf à l'un des pôles où l'on remarque une petite tâche bleuatre hémorrhagique. La surface est granuleuse, des grains jaunâtres plus opaques se détachant sur un fond uni et légèrement réfringent.

A l'examen microscopique, on constate en dehors de la capsule qui entoure la tumeur, la présence d'une glande salivaire de structure normale. Elle est unie à la capsule par du tissu cellulaire lâche et en paraît indépendante. La capsule est formée de trousseaux conjonctifs serrés qui s'écartent par places, donnant lieu à des fentes étroites tapissées de cellules néoplasiques en une ou plusieurs couches On distingue encore dans la capsule quelques vaisseaux sanguins et des capillaires, renfermant des globules rouges.

La tumeur se compose d'un tissu épithélial et d'une trame conjonctive.

De la capsule se détachant de larges tractus conjonctifs qui pénètrent à l'intérieur de la tumeur délimitent des espaces plus ou moins arrondis et se ramifient diversement à la profondeur où ils circonscrivent des mailles irrégulières de formes et de dimensions. Cette conformation paraît déterminée par les proliférations de la partie épithéliale de la tumeur.

Les éléments épithéliaux forment des amas irréguliers, des îlots gros ou petits qui donnent naissance à des bourgeons latéraux, des boyaux plus ou moins anastomosés, des tubes pleins disposés sans ordre apparent. Par places les amas épithéliaux se creusent de cavités arrondies vides ou pleines de masses grenues, produits de métamorphoses regressives.

L'épithélium est partout distinct de la trame, la démarcation est nettement indiquée. Les cellules sont polygonales, irrégulières et offrent l'aspect et la disposition caractéristiques de l'épithélium pavimenteux plat. En de nombreux endroits, les cellules forment des globes composés de couches concentriques. Les couches périphériques se composent de cellules cubiques, tandis qu'à mesure qu'on se rapproche du centre des globes, les cellules s'aplatissent de plus en plus; là les contours cellulaires se perdent, la masse se colore en jaune avec la liqueur de van Gieson, le protoplasma a subi la tranformation cornée.

Le tissu conjonctif entoure les nids et boyaux épithéliaux à la façon d'une capsule comme s'il avait été condensé par le développement progressif de ces amas. Les espaces libres ménagés entre les amas cellulaires sont occupés par du tissu adipeux en abondance ou du tissu conjonctif lâche, par places riche en cellules.

La tumeur est peu vascularisée.

En résumé, nous nous trouvons en face d'une tumeur dont la structure est bien celle de l'épithélioma pavimenteux lobulé, riche en tissu conjonctif fibrillaire et en tissu adipeux; mais qui offre cette particularité, d'être entourée de toutes parts d'une capsule fibreuse.

Observation II — Mme M..., âgée de 57 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 27 juin 1907. Mère morte de tuberculose pulmonaire, père mort de vieillesse, une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

La malade n'a pas eu de maladies antérieures sauf la rougeole, pendant son enfance, mais elle a toujours été anémique : Elle a eu six accouchements dont deux prématurés et le dernier à l'âge de 44 ans. Deux enfants vivent en bonne santé.

La tumeur de la bouche existe depuis 7 ans. En 1900, comme la malade désirait se faire confectionner un dentier, le dentiste fut obligé de faire une entaille dans la plaque palatine pour y loger la tumeur. Celle-ci a subi dès lors un accroissement très lent. Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut opérée de polypes muqueux qui gênaient la respiration nasale. C'est à cette occasion qu'on s'aperçut de la présence du néoplasme du maxillaire supérieur gauche.

La tumeur ayant paru fluctuante, on fit une ponction exploratrice, qui resta blanche. On se décida alors à une incision et à un curettage en vue du diagnostic. Aux rayons Röntgen le sinus frontal paraissait très étendu et clair. Les sinus maxillaires étaient normaux.

Opération par le Professeur Siebenmann le 28 juin 1907. Anesthésie locale avec un mélange de cocaïne et d'adrénaline. Inci-

sion cruciale. Décortication de la tumeur qui se laisse détacher facilement de la muqueuse et ablation totale. Hémorragie insignifiante. Tamponnement de la plaie avec de la gaze imbibée d'adrénaline

Le 1er juillet on constate que les lambeaux sont correctement replacés et le lendemain la malade quitte le service de laryngologie. Pas de récidive.

Examen anatomique de la tumeur :

Cette tumeur a un volume un peu supérieur à celui du cas N° I : Sa forme est un peu plus arrondie. Elle mesure 23 millimètres de longueur sur 21 de largeur et 18 de hauteur. La surface est irrégulièrement bosselée, de coloration jaunâtre avec taches bleuâtres entre les lobules. La tumeur est entourée d'une capsule déchirée par endroits et décollée.

La coupe faite par le milieu de la tumeur dans le sens de la longueur fait reconnaître que celle-ci est formée de deux lobes à surface unie, de couleur blanchâtre, séparés par une bande hémorragique de tissu plus mou. L'un des lobes est ovalaire, l'autre est replié en forme d'anse dont la face convexe limite la tumeur en dehors. Sur la surface de coupe opposée on voit l'infiltration sanguine pénétrer dans le lobe ovalaire comme une spire de coloration foncée.

Au microscope on remarque dans les parties périphériques, des bandes cellulaires plus ou moins parallèles, ou ramifiées et anastomosées. Ces bandes ou cordons sont séparés les uns des autres par des travées conjonctives généralement étroites. Au fort grossissement ou peut se rendre compte que les minces travées conjonctives ne sont autre chose que des capillaires sanguins dans lesquels s'empilent par-ci par-là quelques globules rouges. Les cellules néoplasiques se rangent autour des capillaires en une ou plusieurs couches, formant un manchon continu : elles reposent directement sur l'endothélium ou en sont séparées par une bande de substance hyaline. L'arrangement des cellules se fait surtout suivant le mode radiaire, mais on voit aussi en d'autres endroits les éléments suivre une direction parallèle. Il résulte des connexions entre vaisseaux et cellules, à la périphérie de la tumeur, des flexuosités et des plis qui offrent l'image de l'angiosarcome plexiforme. Dans les parties plus centrales cette disposition est beaucoup moins apparente. Là les cellules, forment des traînées et des îlots irréguliers séparés par une substance hyaline abondante et envahissante, ou par du tissu conjonctif fibrillaire. On se rapproche dans cette région du type alvéolaire.

Les éléments cellulaires situés les uns à côté des autres sans subs

tance intermédiaire, sont d'assez grandes dimensions ; ils ressemblent à des cellules épithéliales cubiques ou cylindriques régulièrement alignées le long des travées conjonctives, ou à des cellules polyédriques dans les amas. Les noyaux sont tantôt ovoïdes, allongés, tantôt globuleux, de dimensions variables, et généralement biens colorés. Dans les parties anciennes de la tumeur les limites cellulaires sont souvent très indécises ; les éléments épithélioïdes s'y distinguent souvent avec peine des cellules du stroma, et on y rencontre des foyers hémorrhagiques et nécrotiques.

On ne distingue ni figures karyokinétiques, ni formes cellulaires atypiques.

L'image microscopique de cette tumeur reproduit traits pour traits celle que les auteurs ont décrite à propos des tumeurs conjonctives dénommées par eux sarcome plexiforme, angiosarcome, endothéliome périvasculaire ou périthéliome. Nous verrons plus loin qu'une autre interprétation parait admissible.

Observation III. — Mme B..., agée de 33 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 5 mai 1909. Père en bonne santé, mère morte de tuberculose pulmonaire. A eu 7 frères et sœurs dont 4 sont morts en bas âge et 3 se portent bien. A eu elle-même trois enfants qui vivent, bien portants. Pas de maladies antérieures.

Il y a douze ans que la malade a remarqué l'apparition d'un petit nodule indolore dans la région palatine droite, près du processus alvéolaire. On fit à cette époque une incision, dans l'idée qu'on se trouvait en présence d'un abcès, mais il ne s'échappa pas de pus de cette incision. La tumeur conserva longtemps les mêmes dimensions. Ce n'est que depuis quelques années que la malade s'aperçoit d'un accroissement lent. Une légère hémorragie s'est produite à la surface du néoplasme il y a environ quinze jours, pendant un repas. Dès lors le développement a été rapide et les hémorragies se sont répétées.

L'affection n'a jamais été douloureuse et n'a donné lieu à aucun trouble fonctionnel. La santé est restée parfaite.

Etat actuel : De chaque côté du cou jusque vers les fosses sus-claviculaires, on sent de nombreux ganglions lymphatiques dont quelques-uns atteignent la grosseur d'une noisette. Leur consistance est demi-molle. Ils sont mobiles et indolores à la pression. On ne constate pas de ganglions dans la région du coude, mais bien dans les deux plis inguinaux. Pas de cicatrice cutanée. Les organes thoraciques et abdominaux, sont normaux. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

La tumeur occupe toute la face interne du processus alvéolaire jusqu'aux prémolaires en arrière et la région voisine du palais dur. Sa consistance est ferme, élastique. La muqueuse qui la recouvre est lisse, peu congestionnée. La face externe du processus alvéolaire est normale.

Opération faite par le Pr Siebenmann le 8 mai. Incision en arc de cercle. La tumeur se laisse énucléer avec facilité et est enlevée *in toto* entourée de sa capsule. On remarque après l'ablation, que le néoplasme a perforé la voûte palatine osseuse sur une assez grande étendue et qu'un morceau de la muqueuse nasale a été mis à jour dans le champ opératoire. Une suture de la muqueuse au catgut et un tamponnement à la gaze terminent l'intervention.

Le 10 mai, on constate que la muqueuse est bien en place. Un petit lambeau s'est nécrosé et on doit l'enlever. Le malade a eu pendant deux jours une élévation de température qu'il faut attribuer probablement à l'asepsie insuffisante du liquide qui a servi à l'anesthésie locale. La malade quitté la clinique, guérie, le 13 mai. La guérison s'est maintenue.

Examen de la tumeur :

La tumeur a la grosseur d'un œuf de pigeon; ses dimensions exactes sont : longueur 37 millimètres, largeur 21 millimètres, hauteur 18 millimètres. La consistance en est dure, résistante. La tumeur est entièrement recouverte d'une capsule fibreuse à laquelle adhèrent encore quelques lambeaux des tissus adjacents. Sa forme générale est allongée, ellipsoïde ; sa surface présente un sillon qui la divise en deux lobes inégaux, composés eux-mêmes de lobules secondaires

La surface de coupe est unie, de coloration blanchâtre avec marbrures plus foncées. A l'intérieur du plus petit des deux lobes, on remarque une perte de substance due à l'excision partielle faite avant l'opération en vue du diagnostic anatomo-pathologique.

La capsule renferme entre ses trousseaux fibreux du tissu graisseux très abondant, des vaisseaux sanguins d'assez gros calibre et des faisceaux de fibres nerveuses. En dedans de la capsule on voit des trainées cellulaires de type épithélial, qui forment un réticule à mailles étroites. L'intérieur des mailles est occupé par des masses homogènes plus ou moins sphériques, colorées en rose par l'éosine. Ailleurs au contraire, c'est le tissu conjonctif qui entoure des formations tubulaires d'apparence adénomateuse, ou des amas plus considérables de cellules.

Le tissu conjonctif est de nature fibreuse ; il présente souvent de gros noyaux fusiformes à côté desquels se montre une infiltration

de leucocytes surtout éosinophiles. Mais ce qui caractérise essentiellement le stroma c'est sa transformation hyaline. Celle-ci envahit les amas cellulaires, les refoule et les comprime, les dissocie en poussant des prolongements et ne les laisse souvent subsister que sous forme de traînées. Le centre de la tumeur ne présente plus d'éléments organisés.

Les amas épithéliaux de la tumeur sont constitués par des cellules plutôt petites, très régulières presque rondes, unies sans interposition de substance intercalaire. La limite des accumulations cellulaires est marquée soit par une rangée de cellules cubiques dont les noyaux sont parfaitement alignés soit par des cellules plus aplaties. Les tubes épithéliaux se détachent franchement du tissu conjonctif. Les cellules sont directement appliquées sur la trame, Il y a au sein de la tumeur des espaces arrondis vacuolaires, limités par une couche de cellules cylindriques, formant un revêtement régulier, comme dans le tissu glandulaire. On rencontre en outre des cavités kystiques bordées d'une couche de cellules très aplaties. Les espaces vacuolaires sont vides ou remplis d'une substance granuleuse, produit de sécrétion ou de désorganisation. On ne rencontre nulle part de globes cellulaires stratifiés, tels qu'on les a décrits à propos des endothéliomes.

Il s'agit d'un *cylindrome* (Billroth), tumeur dont la nature est encore l'objet de controverses.

Si nous comparons les unes aux autres les trois tumeurs que nous venons de décrire, nous constatons que malgré leurs dissemblances anatomo-pathologiques, elles offrent, même à ce point de vue, des caractères communs qui les rapprochent, et créent entre elles une sorte de parenté. Ces caractères paraissent suffisamment indiqués pour qu'on puisse assigner à ces tumeurs une place dans la classe des tumeurs mixtes. Nous reviendrons sur ces analogies, mais il est nécessaire auparavant de rappeler les divergences d'opinion qui existent encore sur la nature et l'origine de ces tumeurs spéciales.

Les tumeurs mixtes des glandes salivaires ont fait l'objet de nombreuses monographies et études d'ensemble dont le but était d'élucider certains problèmes qui se posent également à propos des tumeurs mixtes de la région palatine. — Suivant le point de vue auquel ils se placent, les auteurs décrivent ces sortes de tumeurs comme des associations d'adénomes et de

carcinomes avec le tissu conjonctif, ou comme des associations du tissu conjonctif avec des proliférations endothéliales ou sarcomateuses.

Les partisans de l'origine endothéliale des tumeurs mixtes insistent sur les rapports étroits qui existent entre la trame et les éléments cellulaires (Billroth, Volkmann, Nasse, Borst). D'après la plupart des embryologistes les vaisseaux sanguins et lymphatiques proviennent du mésoderme. D'autre part, on sait que dans des conditions pathologiques l'endothélium peut produire des fibroblastes qui donnent naissance à du tissu conjonctif. Ce sont les raisons pour lesquelles l'endothélium se rapproche d'avantage du tissu conjonctif par son origine et ses modifications anatomo-pathologiques que du tissu épithélial. Or comme les premiers conduits lymphatiques se trouvent dans le tissu conjonctif et que celui-ci participe à la formation de ces canalicules, il s'en suit que les cellules endothéliales doivent avoir des rapports étroits avec les cellules conjonctives. Ces rapports sont conservés dans les conditions pathologiques. Les cellules néoformées en se multipliant, suivent les faisceaux conjonctifs, les vaisseaux sanguins et les fentes lymphatiques dont l'endothélium prolifère à son tour. Ainsi se forment des trainées cellulaires qui s'anastomosent et prennent une apparence plexiforme (Martini, p. 392).

Quand il y a prolifération carcinomateuse dans les fentes et canaux lymphatiques, l'endothélium de ceux-ci ne subit pas de modification. Pendant le durcissement des pièces dans l'alcool, les ilots de cellules cancéreuses peu adhérentes aux couches conjonctives sous-jacentes, se séparent de la paroi alvéolaire, tandis que dans les endothéliomes les rapports entre le parenchyme et le tissu conjonctif sont si intimes que la rétraction ne se produit pas (Volkmann).

Les auteurs qui défendent la théorie endothéliale des tumeurs mixtes décrivent la prolifération des cellules de l'endothélium qu'ils ont observée sur des coupes en séries. Cette prolifération débuterait par une sorte d'hypertrophie des éléments cellulaires. Les dimensions augmentent, le protoplasma devient plus abondant, les noyaux prennent une forme globuleuse. Les cellules tout d'abord tapissent l'espace lym-

phatique d'une couche unique à la façon d'un épithélium, où l'on distingue des figures karyokinétiques. Plus loin il y a plusieurs couches de cellules disposées autour d'un lumen. Enfin quand la prolifération continue, il arrive un moment où le lumen disparaît; on ne voit plus alors que des formations tubulaires pleines. La multiplication cellulaire peut être plus active encore et donner naissance à de gros amas. (Cordes.) Les cellules prennent l'apparence sarcomateuse ou épithéliale. Quand, au contraire, les fentes lymphatiques sont remplies de cellules épithéliales, l'endothélium ne participe pas au processus néoplasique mais se trouve en état de régression.

Berger, qui n'a pas observé dans les tumeurs mixtes qu'il a décrites les phénomènes de rétraction cellulaire remarqués par Volkmann, se demande si les traînées cellulaires dans les fentes lymphatiques ne sont pas des trainées épithéliales étouffées par la prolifération très active du tissu conjonctif; ce qui inciterait à le croire, ce sont les connexions de ces traînées avec d'autres amas cellulaires plus volumineux qui ont tout à fait l'aspect de boyaux pleins d'épithélioma tubulé.

Les partisans de l'endothéliome rejettent encore la dérivation glandulaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires, en s'appuyant sur le fait que les cellules néoplasiques ne présentent pas la striation longitudinale des cellules normales Il n'y a pas d'acini dont la forme et la disposition rappelleraient la structure d'éléments glandulaires. Les formations tubulaires n'ont pas de membrane limitante. Le tissu glandulaire ne présente aucun processus de prolifération active. Les lobes de la glande sont plutôt atrophiés par pression et infiltrés de petites cellules. On ne trouve pas d'intermédiaires entre les formations glandulaires normales et les productions cellulaires complexes que renferme le tissu pathologique.

Tandis que les tumeurs mixtes sont encapsulées, les adénomes vrais adhèrent au tissu glandulaire dont on enlève toujours des fragments lorsqu'on en pratique l'extirpation.

D'après Billroth, Waldeyer, Ribbert, on fait le diagnostic de carcinome alvéolaire grâce à l'absence de substance intercellulaire ; or, dans les endothéliomes une substance conjonc-

tive existe toujours. Borst et Neumann contestent cependant ce caractère qui n'est pas constant.

Waldeyer et Birch Hirschfeld disent qu'on ne trouve pas de vaisseaux sanguins dans les boyaux épithéliaux du carcinome parce qu'ils en sont séparés par du tissu conjonctif, tandis que dans les endothéliomes les capillaires pénètrent dans les tractus cellulaires et entrent en contact direct avec eux.

Lubarsch et Hansemann ont cru trouver des différences entre les carcinomes et ses endothéliomes dans les phénomènes de Karyokinèse.

Dans les endothéliomes on rencontre des agglomérations cellulaires disposées en couches concentriques et prenant l'aspect de boules semblables aux globes épidermiques dont ils se distinguent cependant par la dégénerescence hyaline de leurs éléments. Mais si d'une part la transformation est essentiellement cornée dans les globes épidermiques, d'autre part les réactions des deux espèces de globes vis-à-vis des matières colorantes sont presque les mêmes. Ces globes constituaient pour Volkmann et les auteurs qui ont suivi ses idées sur l'endothéliome, une difficulté sérieuse à résoudre. Les tumeurs mixtes disaient-ils, sont des endothéliomes malgré les globes concentriques. Peu à peu on finit par considérer ces derniers comme caractéristiques de l'endothéliome (Borst). C'est ainsi qu'on a attribué aux endothéliomes des formes et des qualités qui paraissaient propres aux tumeurs épithéliales : globes stratifiés, production de sécrétions, tendance du stroma à la dégénérescence hyaline et muqueuse, formation de kystes, etc.

Nous nous sommes efforcé d'énumérer, dans ce qui précède, tous les caractères reconnus aux endothéliomes par les auteurs qui défendent cette théorie et nous nous sommes rendu compte, que comme le dit Brunhammer, la conception de l'endothéliome ne repose en somme que sur l'interprétation de faits susceptibles d'être envisagés d'une façon tout à fait différente. On ne peut s'empêcher, en lisant les travaux postérieurs à ceux de Volkmann, de voir dans les déductions des partisans de l'endothéliome, un certain parti pris de doctrine.

Les auteurs qui se rattachent à la théorie de l'origine épi-

théliale des tumeurs mixtes, Hinsberg entr'autres, protestent tout d'abord contre le droit de tirer des conclusions sur l'histogénèse de cette espèce de tumeurs, d'après l'examen de la zone périphérique. Les proliférations endothéliales observées dans cette zone ne signifient pas que le parenchyme cellulaire à type épithélial procède de ces proliférations. Borst, un adepte convaincu de la théorie endothéliale a pu constater lui-même une prolifération de l'endothélium par simple réaction dans des tumeurs de nature différente. La prolifération de l'endothélium des fentes lymphatiques de la périphérie des tumeurs mixtes ne constitue donc pas un argument en faveur de l'origine endothéliale, et cela d'autant moins que les recherches de Ribbert rendent très probable l'accroissement des tumeurs par prolifération de cellules qui leur sont propres et non par transformation de cellules du voisinage en cellules néoplasiques.

Après avoir infirmé ainsi un des points d'appui des défenseurs de l'endothéliome, Hinsberg a cherché à appuyer son opinion sur des preuves positives. Pour cela il fallait démontrer la présence d'un vrai épithélium dans le tissu des tumeurs mixtes. Or celui-ci existait dans le néoplasme de la parotide qu'il décrit, sous forme de cellules reliées entre elles par des ponts intercellulaires (Stachelzellen.) Hinsberg n'a pas été seul à faire cette démonstration; les cellules épidermiques ont été retrouvées par Ribbert, Wilms, Grawitz, Landsteiner, Ehrich, Sérapin, Fick, etc. — Les partisans de la théorie endothéliale ne nient pas les formations épithéliales observées par ces auteurs, mais ils pensent que dans ces cas il s'agit de carcinomes et non de tumeurs mixtes. Steinhaus relève en particulier l'observation de Hinsberg, n'y constate ni cartilage, ni tissu osseux, ni tissu myxomateux; il en conclut que Hinsberg n'a pas eu affaire à une tumeur mixte. Mais Steinhaus ajoute que si réellement quelqu'un réussissait à démontrer la présence d'épithélium plat au sein d'une tumeur mixte véritable, il considérerait cette découverte comme de la plus haute importance et comme un argument suffisant à renverser la théorie endothéliale. — La présence simultanée dans une tumeur, de tissu cartilagineux et d'épithélium

pavimenteux a pourtant été remarquée plusieurs fois. On peut à ce propos rappeler l'observation II de Berger, la tumeur de la voûte palatine décrite par Sérapin, qui renfermait à coté de parties myxomateuses et cartilagineuses, un kyste limité par un épiderme avec ses différentes couches, le cas rapporté par Fick, etc.

Les autres preuves avancées par Hinsberg en faveur de l'origine épithéliale des tumeurs mixtes sont : 1° les images microscopiques qui prouveraient l'activité sécrétoire des cellules des amas épithélioïdes ; 2° la ressemblance de certains amas cellulaires avec de véritables glandes.

D'après Steinhaus ces images ne représentent que des cellules renfermant du mucus. Or nous trouvons souvent dans les tumeurs mixtes une dégénérescence myxomateuse des cellules ; il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la présence de mucus à leur intérieur. Quand les cellules épithéliales sécrètent du mucus, elles ne meurent pas (?) ; il y a régénération après l'activité sécrétoire, et reprise de la fonction normale. Dans les tumeurs mixtes au contraire, le résultat final de l'apparition du mucus n'est autre qu'une dégénérescence des cellules et une transformation d'amas entiers en une masse muqueuse consistante. En résumé, il faut parler de dégénérescence et non de sécrétion. La dégénérescence n'est du reste pas seulement muqueuse mais aussi mucohyaline (Bosc et Jeanbrau). La ressemblance des amas cellulaires avec des glandes se base sur le fait que ces noyaux sont formés de cellules polygonales et possèdent un lumen ovale ou arrondi. Dans les proliférations irrégulières des adénocarcinomes, l'épithélium des tubes et acini néoformés présente souvent plusieurs couches et un lumen excentrique et irrégulier. Il se forme ainsi des images très analogues à celles qu'on rencontre dans les tumeurs mixtes ; mais ce qui parle (en ce qui concerne ces dernières) contre l'identification avec des carcinomes, c'est, suivant Steinhaus, la formation des lumina sous l'influence d'une dégénérescence cellulaire. Dans les adénocarcinomes on ne voit rien de semblable ; il n'y a au contraire qu'occlusion des lumières par prolifération des cellules. — On sent encore dans ces observations de Steinhaus le désir

de concilier avec ses opinions sur l'origine des tumeurs mixtes, des figures microscopiques embarrassantes.

Tout l'échafaudage de raisonnements des adeptes de l'endothéliome a été fortement ébranlé, sinon renversé par la constatation de la présence d'épithélium pavimenteux plat dans des tumeurs mixtes bien caractérisées. Il faut revenir, à ce propos, au travail déjà cité de Fick. Cet auteur a pu démontrer dans une tumeur mixte de la parotide des éléments cellulaires offrant les caractères de la cellule épithéliale requis par Borst : ponts intercellulaires, présence à l'intérieur des cellules de substance kératohyaline et de kératine. Fick a pu établir le passage graduel des cellules dentelées à des boyaux dont les cellules avaient les caractères des cellules pariétales des conduits excréteurs de la glande, où les ponts font défaut. Les rapports entre les deux espèces de cellules étaient aussi continus que ceux qu'on observe entre les cellules basales de l'épiderme et les cellules dentelées plus périphériques. Si l'origine épithéliale des cellules dentelées n est pas discutée, la couche de cellules qui leur a donné naissance doit forcément être de même nature. Les cellules mères étaient en outre en relation directe avec les canaux excréteurs de la parotide dans les lamelles conjonctives de la capsule. On ne pouvait confondre ces formations avec une prolifération de l'endothélium des vaisseaux sanguins, car ceux-ci se trouvaient à côté des tubes glandulaires dons ils se distinguaient au premier coup d'œil. Fick ne peut comprendre les objections que Martini a élevées contre l'origine épithéliale des tumeurs mixtes qu'en admettant que cet auteur et ceux qui partagent l'opinion de l'origine endothéliale des tumeurs mixtes, n'ont pas eu à examiner des tumeurs semblables à la sienne. Cela est fort possible, car l'épithélium plat n'existe que dans environ la moitié des cas. (14 cas sur 26 d'après Ehrich).

La production d'épithélium pavimenteux en couches concentriques doit se faire dans des conditions qui nous sont encore inconnues, mais dont nous trouvons un exemple dans l'épithelioma cutané. Dans cette espèce de tumeurs, les cellules conservent en général la forme des cellules basales, mais présentent par places la stratification concentrique et la transfor-

mation kératinique. Lorsqu'on a reconnu que les cellules parachymateuses d'une tumeur mixte présentent la même évolution que les cellules épidermiques, il faut bien admettre qu'elles sont de nature épithéliale et rejeter le diagnostic d'endothéliome pour les tumeurs qui contiennent de l'épithélium plat. D'autre part si l'on peut démontrer que les tumeurs qui ne possèdent pas d'épithélium plat ont une structure analogue à celles qui en présentent, il faut conclure que toutes les tumeurs mixtes de la parotide doivent être considérées comme des épithéliomes dans le sens le plus étendu de ce mot Fick, p. 482). Fick ne peut admettre l'existe nce de l'endothéliome pour autant tout au moins qu'il s'agit de tumeurs mixtes de la parotide. Les travaux de Berger et de Serapin, etc. permettent de souscrire aux mêmes conclusions en ce qui concerne les tumeurs mixtes du voile du palais et du palais dur. La conception de l'endothéliome ne se concilie pas avec cet enseignement de l'anatomie pathologique, qui veut qu'il n'y ait pas de tumeurs de cellules propres des organes, mais seulement des tumeurs de tissus, de même qu'il n'y a pas d'inflammations des cellules propres, des organes, mais des inflammations de tout le tissu de ces organes.

Le tissu conjonctif des tumeurs mixtes des glandes salivaires et de la région palatine se présente généralement sous forme de tissu fibreux plus ou moins riche en cellules. Cependant le stroma est souvent représenté par du tissu cartilagineux, muqueux, adipeux, exceptionnellement par du tissu osseux.

Le tissu conjonctif subit fréquemment les altérations de la dégénérescence muqueuse et hyaline. D'après Martini, le tissu fibreux serait le tissu conjonctif des parties jeunes de la tumeur, tandis que les tissus myxomateux et cartilagineux qui se trouvent dans les parties envisagées comme plus anciennes, constitueraient un produit de métaplasie, ne résulteraient par conséquent pas d'un processus de prolifération de cellules embryonnaires.

Pour expliquer toutes les formes non fibrillaires du tissu conjonctif par des phénomènes de métaplasie il faudrait admettre des transformations si multiples et si variées qu'elles ne paraîtraient plus naturelles.

La métaplasie n'est pas plus probable en ce qui concerne l'élément épithélial. Berger, Ehrich, Fick ont, il est vrai, cru pouvoir établir des rapports et des formes de transition entre les cellules épithélioïdes néoplasiques et le tissu glandulaire extra-capsulaire normal. Dans notre cas I on remarquait la présence d'une glande salivaire normale; mais elle n'avait aucune connexion avec le tissu de la tumeur; on n'observait nulle part le passage d'une forme anatomique à une autre. Fick ne croit pas du reste qu'on doive repousser l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires en raison de ces rapports.

Hinsberg a montré que les grandes glandes salivaires se forment chez l'embryon humain entre la 8e et la 15e semaine dans le voisinage immédiat du maxillaire inférieur et du cartilage de Reichert. Quelques groupes de cellules se sépareraient, d'après lui, de la glande en même temps que le périchondre et formeraient l'ébauche de la future tumeur mixte. Hinsberg a vu que les mêmes conditions existaient pour la formation des tumeurs du palais. Pour Hinsberg l'épithélium plat doit dériver par métaplasie de l'épithélium glandulaire.

Steinhaus partage l'opinion de Hinsberg sur l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires, mais il n'arrive pas aux mêmes conclusions. Comme ces tumeurs ne se développent pas dans l'os, mais dans le tissu de la glande, à l'intérieur de sa capsule, il n'y a aucune raison de croire à une séparation de cellules glandulaires embryonnaires. On ne peut admettre qu'une séparation de groupes cellulaires du périchondre (argument en faveur de la théorie endothéliale).

Les difficultés d'interprétation disparaissent si l'on reporte à une période plus reculée de la vie embryonnaire l'individualisation des germes, aux dépens desquels, se développeront plus tard les tumeurs mixtes. Lorsqu'on admet que les cellules initiales des tumeurs mixtes ont conservé les propriétés des cellules embryonnaires des feuillets primitifs, les transformations qu'elles subissent, ne paraissent plus extraordinaires. L'inclusion au milieu d'autres tissus, d'un germe ectodermique non différencié, accompagné de mésenchyme, semble

donner seule une explication satisfaisante du développement de tumeurs parfois si complexes.

Wilms, qui rejette la métaplasie épithéliale de Hinsberg, pense que l'épithélium glandulaire de la parotide et des autres glandes salivaires provient non de l'épithélium de la cavité buccale, mais de l'ectoderme, dont se différencient les deux types épithéliaux. Les tumeurs mixtes répètent plus ou moins parfaitement, pendant leur développement, les processus normaux de la différenciation des tissus de la région du corps où elles ont pris naissance. Leur caractère est régional. L'ectoderme en inclusion donnera, au début du développement de la tumeur, de l'épithélium plat ou de l'épithélium glandulaire, tout comme il se différencie normalement pendant le développement de l'embryon. On en peut dire autant des différenciations du mésenchyme qui forme les variétés du tissu conjonctif, rencontrées dans les tumeurs mixtes.

De même que dans le développement normal, les deux types épithéliaux et les différents types conjonctifs apparaissent conjointement, de même on peut les rencontrer les uns à côté des autres dans les tumeurs mixtes. La formation des germes qui donnent naissance aux tumeurs mixtes, a donc lieu d'après Wilms, au moment de la différenciation des trois feuillets embryonnaires. Ces germes qui n'ont pas été utilisés par l'organisme, se séparent comme cellules et amas cellulaires non différenciés ; ils restent à l'état de repos jusqu'au moment où une cause les fait proliférer. Le développement des cellules se fait d'abord sous leur forme primitive, puis elles acquièrent la faculté de se différencier et alors apparaissent des tissus adultes, des germes d'organes glandulaires qui s'accroissent sous une forme différenciée.

Le développement des tumeurs mixtes aux dépens de germes non utilisés par l'organisme est confirmé suivant Wilms :

1° Par la présence de tissu germinatif dans les parties jeunes de la tumeur.

2° Par la présence de tissus adultes, tels que l'os, le cartilage et les formations glandulaires, disséminés dans toutes les parties de la tumeur.

3° Par la formation des métastases (rein, utérus) dont la

structure est une répétition de la structure de la tumeur primitive. On ne peut expliquer ces faits qu'en admettant la présence dans les tumeurs mixtes, à une période déjà tardive de leur croissance, de cellules germinales non différenciées et capables de se détacher.

« Les recherches embryologiques ont démontré que les inclusions du feuillet externe, loin d'être anormales et exceptionnelles, sont au contraire constantes dans certaines régions pendant le développement ontogénétique. C'est ainsi que Malassez a démontré que des kystes maxillaires résultent d'une prolifération des résidus épithéliaux paradentaires. Les amas d'épithélium qu'on rencontre dans le tissu osseux comme résidus des éléments germinaux des dents peuvent donner naissance à des formations épithéliales non kystiques à des épithéliomes pavimenteux et à des carcinomes. »

Epstein a trouvé dans les parties prédisposées de la cavité buccale d'enfants nouveau-nés des amas épithéliaux produits de processus anormaux du développement fœtal.

« Leboucq, a montré qu'il reste constamment, après la formation de la voûte palatine, des amas épithéliaux inclus, au nombre de trois, dans la région de l'os intermaxillaire. Ces amas épithéliaux appelés *perles épithéliales*, furent considérés déjà par cet auteur comme dépendant de l'accollement des lames palatines, de la même façon que ceux qui correspondent à la région de l'os intermaxillaire. » (Boulay).

S'il faut admettre une origine ancienne pour les tumeurs mixtes à structure compliquée, où l'on rencontre différentes formes d'épithélium et de tissu conjonctif, on peut se représenter que des tumeurs plus simples sont nées de germes séparés de leur liaison normale à une période plus tardive du développement embryonnaire. L'époque à laquelle a eu lieu l'inclusion déterminerait ainsi la nature de la tumeur mixte.

Ainsi pour la 1re de nos tumeurs, qui ne contient que de l'épithélium plat et du tissu conjonctif fibrillaire bien développé, l'inclusion pourrait avoir eu lieu avant ou au moment de la formation des lames palatines, aux dépens d'un ectoderme déjà différencié en épithélium de la bouche, c'est-à-dire après le 2e mois, tandis qu'il faudrait attribuer une ori-

gine plus ancienne aux tumeurs II et III. En admettant que ces dernières contiennent du tissu glandulaire épithélial, il faudrait reporter leur origine première à l'époque à laquelle l'ectoderme n'est pas encore différencié en épithelium de la cavité buccale et en épithélium glandulaire, c'est-à-dire à l'époque de la formation de l'invagination buccale et de la formation des bourrelets maxillaires, soit à partir du milieu du 1er mois.

L'origine embryonnaire des tumeurs mixtes de la région palatine explique d'une part la diversité de la structure histologique et d'autre part la similitude de leurs caractères macroscopiques et de leur évolution clinique.

La tumeur n° I présente au microscope l'aspect de l'épithélioma pavimenteux. Mais la prolifération conjonctive y est particulièrement active, la tumeur est encapsulée, elle n'infiltre pas les tissus avoisinants, elle ne porte aucune trace d'ulcération à sa surface, elle n'a pas donné lieu à la formation de métastases et n'a pas récidivé après extirpation. Si toutes ces particularités ne font pas rejeter d'emblée le diagnostic d'épithélioma, elles donnent cependant à ce néoplasme un caractère de bénignité qui est propre aux tumeurs mixtes intramurales.

La tumeur n° II a, dans certaines parties, l'apparence du périthéliome, tumeur considérée par Borst comme une variété d'endothéliome, et dérivée du tissu périvasculaire. L'arrangement des cellules le long de vaisseaux sanguins nombreux rappelle le sarcome plexiforme plutôt que le carcinome. Mais les cellules ont le type épithélial ; la disposition des cellules autour des capillaires n'existe pas dans certaines parties de la tumeur. En d'autres endroits les images microscopiques sont absolument semblables à celles qu'on peut voir dans les coupes de la tumeur n° III. On y constate la dégénérescence hyaline des parois vasculaires et parfois une abondance de matière hyaline telle, que les éléments cellulaires paraissent étouffés ; Ils existent cependant encore sous forme de traînées et de formations pseudo-glandulaires.

A la tumeur n° III on peut appliquer directement la description que Malassez a donnée de l'épithéliome alvéolaire avec

envahissement myxomateux. Nous y voyons des amas épithéliaux envahis par une substance hyaline se présentant sous la forme de corps ovoïdes ou de cylindres ramifiés et anastomosés en réseau. La nature épithéliale des amas cellulaires est démontrée par le fait qu'on y trouve des cavitées bordées par une ou plusieurs couches de cellules cylindriques. Ces cavités épithéliales sont pour les épithéliomes du type muqueux ce que les globes épidermiques sont pour les épithéliomes pavimenteux cornés. »

Si, suivant les opinions de Malassez, nous admettons la nature épithéliale des éléments cellulaires de ce cylindrome, nous serons obligés de reconnaître la même origine aux cellules et aux formations pseudo-glandulaires qui se retrouvent sous un aspect absolument semblable dans la plus grande étendue de la tumeur n° II.

Nos trois cas seraient ainsi des tumeurs mixtes composées de dérivés de deux feuillets embryonnaires d'ectoderme et de mésenchyme.

Les formations épithéliales qui se sont développées aux dépens de l'ectoderme, peuvent revêtir une apparence très différente suivant les tumeurs examinées. Dans le cas I il y a de l'épithélium pavimenteux plat, dans les deux autres cas des formations glandulaires.

Les deux formes épithéliales peuvent cependant exister simultanément au sein d'une même tumeur. Suivant Serapin, qui a observé une tumeur de ce genre, les éléments épithéliaux seraient mieux différenciés quand le stroma est fibreux; ils le seraient beaucoup moins quand ce dernier est myxomateux, cartilagineux, ou quand il a subi une dégénérescence. Cette remarque nous semble répondre à la réalité des faits.

Nous résumons comme suit les constatations qui paraissent ressortir de l'observation des tumeurs ci-dessus.

1° Caractères anatomiques macroscopiques :

Les tumeurs mixtes de la région palatine ont une forme irrégulièrement arrondie, une surface lobulée une consistance ferme. Elles sont *encapsulées*. Ce signe est pathognomonique.

2° Caractères anatomiques microscopiques.

L'aspect microscopique des tumeurs mixtes est très variable et l'on comprend facilement pourquoi elles ont pris place dans presque toutes les variétés de tumeurs. Aussi leur réunion dans une seule et même classe ne parait-elle justifiée que par leur aspect macroscopique, leur origine et leur évolution clinique. Considérées à ces points de vue, elles forment réellement une entité pathologique.

Les tumeurs mixtes se composent d'une trame conjonctive et de proliférations cellulaires épithéliales. La première revêt la forme du tissu conjonctif fibrillaire, surtout abondant dans la tumeur n° I et la forme hyaline qu'on rencontre dans les cas II et III. Dans certaines parties de la tumeur II la trame conjonctive est remplacée par des capillaires sanguins. Il y a du tissu adipeux dans les cas I et III.

L'épithélium est plat dans le cas I, glandulaire cylindrique dans les cas II et III.

L'élément épithélial et l'élément conjonctif semblent exercer l'un sur l'autre une influence en ce sens qu'à une certaine trame correspond un certain type épithélial :

Tissu conjonctif fibreux : Epithélium pavimenteux plat. — Tissu conjonctif représenté par des vaisseaux sanguins :

Type de périthéliome. Cellules d'apparence parfois sarcomateuse.

Tissu conjonctif en dégénérescence hyaline :

Épithélium polymorphe glandulaire, cylindrique.

3° Caractères cliniques :

Les tumeurs mixtes sont situées latéralement sur le voile ou la voûte du palais.

Elles sont complètement isolées des tissus contigus, qu'elles n'infiltrent en aucun point et sur lesquels elles sont mobilisables. La disparition d'une partie de la voûte palatine osseuse du cas III n'est pas due à l'envahissement néoplasique, mais à un simple processus d'usure par pression.

La muqueuse qui recouvre les tumeurs est lisse, non altérée ; nulle part elle ne contracte d'adhérences avec celles-ci.

Les tumeurs mixtes sont indolores et ne gênent que par leur masse.

Elles ont une croissance très lente et sont de nature bénigne. Elles n'ont aucune influence défavorable sur la santé générale. L'anamnèse du cas n° I parle, il est vrai d'un développement néoplasique assez rapide puisqu'il aurait eu lieu en l'espace de 6 mois, mais il est permis d'admettre que la tumeur a passé inapercue de son porteur pendant quelque temps. En effet le médecin qui a suivi le malade n'a pu remarquer aucun accroissement pendant deux mois.

Les tumeurs mixtes de la région palatine ne provoquent pas l'apparition de métastases ganglionnaires ou autres. On ne doit pas considérer comme telles les ganglions du cas n° III.

4° Traitement :

Le traitement consiste dans l'ablation chirurgicale. Ces tumeurs se laissent facilement énucléer. L'anesthésie locale suffit.

5° Pronostic :

Le pronostic est tout à fait bon. Les tumeurs complètement enlevées ne récidivent pas.

6° Origine :

Les tumeurs mixtes de la voûte palatine et du voile du palais ont une origine embryonnaire. Cette origine explique d'une part la diversité des tissus qui entrent dans leur composition, d'autre part la similitude de leur évolution clinique.

BIBLIOGRAPHIE.

Ackermann. — Histogenese u. Histologie des Sarkoms. (*Klin. Vorträge*, n° 233, 1883.)

Arnold. — Ueber behaarte Polypen der Rachenmundhöhle und derenStellung zu den Teratomen. *Virchow's Archiv.*, Bd III.

Barrière. — Essai sur les tumeurs du voile du palais confondues sous le nom d'adénomes. Thèse Montpellier, 1878.

Berger. — Les tumeurs mixtes du voile du palais. *Revue de Chir.*, 1897, p. 361.

Billroth. — Beobachtungen üb r Geschwülste der Speicheldrüsen. (*Virchow's Arch.*, XVII, 1895.)

Borst. — Die Lehre von den Geschwülsten, Bd I, 1902.

Bosc et Jeanbrun. — Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide. (*Nouveau Montpellier médical*, 1899.)

Brunhammer. — Du prétendu endothéliome. (Thèse de Lyon, 1909.)

A. Collet. — Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres. Thèse Paris, 1895.

Cordes. — Ein Fall von Endothelioma myxomatodes palati mollis (*Deutsch. mediz. Wochenschr.*, 35,1900.)

Defontaine. — *Archives provinciales de Chir.*, t. II, 1893. Énorme tumeur palatine.

De Laraberie. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandules salivaires de la muqueuse buccale. (*Arch. génér. de méd.*, 1890.)

F. di Colo. — *Arch. ital. di laryngol.*, oct. 1909, vol. XXIX (résumé Boulay, *Annales de laryngologie*, p. 727, 1911.)

V. Eisenmenger. — Auf die plexiformen Sarkome des harten und weichen Gaumens. (*Deutsch. Zeits. f. Chir.*, XXXIX, 1894.)

Epstein. — Ueber Epithelperlen in der Mundhöhle neugeborener Kinder. (*Prag. Zeitschr. für Heilk.*, 1880.)

Ewetzki. — Zur Cylindromfrage. (*Virchow's Arch.*, LXIX, 1877.)

Fano. — Les tumeurs de la voûte palatine et du voile de palais. (Thèse de Paris, 1857.)

Fick. — Zur Kenntnis der sogenannten Mischgeschwülste der Parotis Gegend und zur Endotheliom. Frage. (*Virchow's Arch.*, Bd 197, 1909.)

Fonnégra. — Des épithéliomes enkystés du voile du palais. Thèse Paris, 1883.)

Franke. — Beitr. zur Geschwulstlehre. (*Virchow's Arch.*, CXXI, 1890.)

Hansemann. — Ueber Endotheliome. (*D. med. Wochensch.*, n° 4, 1896. Wiesbaden.)

Hansemann. — Die mikroskopische Diagnose der bösartigen geschwülsten. Berlin, 1902.

Hinsberg. — Beitr. zur Entwickelungsgeschichte und Natur der Mundspeicheldrüsengeschwülste. (*D. Z. f. Chir.*, LIX, 1899.)

Max Hofmann. — Eine mischgeschwülst des harten Gaumens. (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd XXXVIII.)

Kaufmann. — Das Parotissarkom. (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd 26, 1881.)

Klebs. — *Allgememeine Pathologie*, II. Teil, 1889.

Kolaczek. — Ueber das Angiosarkom. (*Deut. Zeits f. Chir.*, IX, 1878.)

Küttner. — Die Geschwülste der Submaxillarspeicheldrüsen. (*Beitr. zur. klin. Chir.*, 1896, XVI.)

Landsteiner. — Zur Kenntnis der Speicheldrüsentumoren. (*Beitr. z. klin. Chir.*, LI, 1906.)

Looser. — Zur Kenntnis der endothelialen Geschwülste der Kopfregion spez. des Gaumens. (*Beitr. z. Chir.*, *Tubingen*, 1906.)

Lubarsch. — Zur Lehre von den Geschwülsten und Infektions-Krankheiten, 1899.

L. Malassez. — Sur le cylindrome. (*Arch. de physiol.*, t. I, 1883.)

Malherbe. — Recherches sur le sarcome.

Malherbe et Pérochaud. — Nouvelles recherches sur l'épithéliome calcifié et sur l'épithéliome polymorphe. (9e Congrès de chir. Paris, 1895, p. 803.)

Martini. — Ueber Mischtumoren endothelialen Ursprungs der Speicheldrüsen. (Trad. par Dr Rühl, Turin *Virchow's Arch.*, Bd 189, 1907.)

J. Miculicz. — Neubildungen des Rachens und des Rachenraumes. Intramurale Geschwülste. (Heymann's, *Handbuch der Laryngologie und Rhinologie*, Bd II, p. 353.)

NASSE. — Die Geschwülste der Speicheldrüsen und verwandte Tumoren des Kopfes. (*Arch. f. clin. Chir.*, Bd 44, 1892.)

NÉLATON. — Tumeurs hypertrophiques des glandes palatines. (*Gaz. des Hôpit.*, 1858.)

NEUMANN. — *Archiv. f. Heilkunde*, Bd XIII.

PAGET STEPHEN. — Tumours of the palate. (St Bartholomew's hosp. reports, XXI, 1886.)

PARMENTIER. — Essai sur les tumeurs de la région palatine. (*Gaz. méd. de Paris*, 1856.)

PÉROCHAUD. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. (Thèse Paris, 1883.)

RIBBERT. — Die Geschwülstlehre, 1904.

RICHARD. — *Bulletin de la Société de Chir.*, 28 nov. 1856.

ROUYER. — Mémoire sur les tumeurs de la région palatine constituées par l'hypertrophie des glandes salivaires. (*Moniteur des hôpitaux*, 1857.)

SATTLER. — Ueber die sogenannten cylindrome und deren Stellung im *onkologischen System*, Berlin, 1874.

SERAPIN. — Des tumeurs mixtes de la région palatine (en russe (*Russkin, Chir. Arch.* 2, 1903.)

STEINHAUS. — Ueber die Mischgeschwulste der Mundspeicheldrüsen (*Virchow's Arch.* Bd 168, 1902.)

VIGNARD ET MOURIQUAND. — Du Péritheliome. (*Revue de Chir.*, 1905, vol. II.)

VOLKMANN. Ueber endotheliale Geschwülste, zugleich ein Beitrag zu den Speicheldrüsen und Gaumentumoren. (*Deutsh. Zeits. f. Chir.*, Bd. 41, 1895.)

WALDEYER. — Die Enkwickelung der Karzinome. (*Virchow's Archiv.*, 99, 1872.)

WILMS. — Die Mischgeschwülste. Heft, III, Berlin 1902.

IMPRIMERIE CRÉTÉ — CORBEIL